



**Karolinska
Institutet**

Kan kvalitetsregistret SKaPa tillföra tandvården och institutionen för odontologi vid Karolinska Institutet något?

-en kvalitativ studie

Student

Alexandra Rönqvist

Handledare

**Hans Sandberg Legitimerad tandläkare, Med. Dr. Avdelningen
för Cariologi Institutionen för Odontologi, Karolinska Institutet**



Karolinska Institutet

Sammanfattning

Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur kvalitetsregistret "Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit" (SKaPa) upplevs leda till kvalitetsutveckling inom tandvården generellt. Arbetet syftar även till att utröna om en anslutning till SKaPa kan fylla ett mervärde för den kliniska delen av Tandläkarprogrammet på Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet.

Metod

Studien som är intervjubaserad bygger på den vetenskapliga metoden Kvalitativ Innehållsanalys. Sju klinikchefer som medverkat i ett pilotprojekt som SKaPa ansvarade för under 2013 har intervjuats. Samtliga av dessa intervjusvar har analyserats genom så kallad manifest analys. Därtill har fyra andra intervjuer genomförts med personer med beröring till kvalitetsregister för att söka mättnad till studien.

Resultat

SKaPa upplevs av de sju klinikcheferna som användarvänligt i och med direktöverföringen av data från journal till SKaPas databas. Registret uppfattas därför kunna användas av alla typer av kliniker. Med SKaPa kan kliniker jämföra sina behandlingsresultat med varandra. SKaPa kan dessutom användas för att få en översikt över munhälsoutvecklingen på Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet. Det angavs att det behövs statistiska kunskaper för att kunna analysera utdatan från SKaPa korrekt. Det finns ett behov att göra registret mer lättillgängligt, det måste synliggöras mer, ett arbete som exempelvis kan påbörjas under tandläkarutbildningen. Det har framkommit att det anses viktigt med en ökad samordning mellan landstingen avseende sätt att registrera.

Konklusion

SKaPa har framför allt en stor fördel jämfört med liknande kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården i och med direktrapporteringen. Dock har registret inte nått sin fulla potential ännu. Institutionen för odontologi vid



Karolinska Institutet

Karolinska Institutet bör i dagsläget inte ansluta sig till SKaPa, men bör dock beakta att kvalitetsarbete ingår som del av kraven för att ta en tandläkarexamen enligt Högskoleförordningen (1993:100) samt att SKaPa förhoppningsvis utvecklas till ett mer kraftfullt verktyg. Institutionen för Odontologi bör därför successivt närma sig en anslutning sig till SKaPa.

Summary

Purpose

The study aims to investigate how the quality register "Swedish Quality Register for Caries and Periodontitis" (SKaPa) could lead to quality enhancement in dental care in general. The study also aims to determine whether an adherence to SKaPa could be valuable for the clinical education at the Institute of Odontology at the Karolinska Institutet.

Method

This is based upon interviews according to the scientific method Qualitative Content Analysis. Seven clinical managers who participated in a pilot project, which SKaPa was responsible for during 2013 were interviewed. Those interview responses have been analyzed through so called manifesto analysis. In addition, four other interviews were held with persons in different aspects involved in the area to get data saturation.

Results

By the seven clinical managers, SKaPa was experienced to be user-friendly thanks to the possibility of simultaneous transfer of records to SKaPa's database. The registry is therefore to be used by all types of clinics. Through SKaPa, clinics can compare their treatment results with each other. SKaPa can be used to get an overview of the patients' oral health development at the Institute of Odontology, at the Karolinska Institutet. A need of statistical understanding to accurately analyze the output from SKaPa's database was identified. However, the register has to become more accessible, it should be highlighted more, for examples through information in dental schools. Moreover, it is important that the coordination between



Karolinska Institutet

the county councils regarding ways to register gets better.

Conclusion

SKaPa has a big advantage compared to similar quality register in health care regarding automatic way of reporting. However, the registry has not yet reached its full potential. The author does not believe that KI should join the SKaPa in the current situation. Though KI must pay attention to that quality work is included as a part of the requirements for taking a dental exam according to the Higher Education Ordinance (1993: 100) and to the fact that SKaPa hopefully develop into a more powerful tool. KI should therefore gradually join the SKaPa.

Inledning

Användning av kvalitetsregister inom tandvården är ett relativt outforskat område, således baseras detta examensarbete främst på den litteratur som finns om kvalitetsregister i allmänhet och kvalitetsregister inom tandvården i synnerhet. Det huvudsakliga syftet med detta arbete är att redovisa hur man idag använder sig av kvalitetsregister inom svensk tandvård, samt identifierade fördelar respektive nackdelar med kvalitetsregister. Arbetets syfte är dessutom att utröna om medverkan i kvalitetsregistret Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) innebär ett mervärde för den kliniska delen Tandläkarprogrammet på Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet. SKaPa har utvecklats i syfte att följa upp, utvärdera och förbättra tandvård relaterad till prevention och behandling avseende sjukdomarna karies och parodontit (1).

Syftet med kvalitetsregister

I Sverige är intresset för god kvalitet inom hälso- och sjukvård ingen ny företeelse. Utbildningssystem, yrkeslegitimation, Socialstyrelsens och Inspektionen för Vård- och Omsorgs funktioner är några exempel på kontrollmekanismer för att säkerställa att vården håller god kvalitet i Sverige. Dessa kontrollerande funktioner är till för att bevaka att kvaliteten håller en godtagbar lägstanivå. Det har inte riktats samma uppmärksamhet på att mäta och förbättra, en kanske redan fungerande vård till att bli ännu bättre (2).

Ett kvalitetsregister består av patientrelaterade uppgifter vilka omfattar tillstånd, diagnos, typ av behandling som getts, samt resultat. Dessa uppgifter analyseras och används för att utvärdera hälso- och sjukvård samt tandvård, (3) både på lokal och nationell nivå. Tre viktiga användningsområden som ett nationellt kvalitetsregister uppfyller är: utveckling, uppföljning, samt underlag för forskning (2). Ett kvalitetsregister är idag av sådan betydelse att det utgör en del av Patientdatalagen (2008:355). Enligt 7 kap 1§ definieras kvalitetsregister som: *"Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av vårdens kvalitet. Med ett nationellt eller ett regionalt kvalitetsregister avses ett kvalitetsregister till vilket personuppgifter har samlats in från flera vårdgivare och som möjliggör jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå."* (4).

De nationella kvalitetsregistren kvalitetsgranskas av "Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister". Denna beslutar om vilken inriktning ett kvalitetsregister ska ha samt utser en beslutsgrupp. Beslutsgruppen beslutar om ett kvalitetsregister ska få ett årligt ekonomiskt bidrag eller ej (5).



Karolinska Institutet

Bakgrund

Allmänt om kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister får ekonomiskt bidrag från både landsting och staten. Fortlöpande rapporterar registren om hur verksamheten fungerar och ansöker årligen om ekonomiskt stöd. Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister ger samtidigt återkoppling på hur registret eventuellt kan förbättras (6). Nationella kvalitetsregister etableras av professionella yrkesgrupper vilka själva kan nyttja registret i sitt arbete. När ett nytt nationellt kvalitetsregister ska utvecklas finns som stöd så kallade Registercentrum. Ett Registercentrum får ekonomiskt bidrag för att stödja både nya och befintliga registerhållare avseende utveckling, teknisk support och resultatanalys. Därtill ska ett Registercentrum med hjälp av registerdata stödja kliniskt förbättringsarbete, samt göra registerdata tillgängligt för olika användare.

Ett viktigt skäl till uppkomsten av Registercentrum är att flera register ska kunna dela på kostnader gällande personal och datasystem, något som ett register kan ha svårt att bära själv. Detta parallellt som en enskild registerhållare ska verka självständigt (7).

Att kvalitetsregister är av stor betydelse i vårdsammanhang visar sig då Sverige i internationella jämförelser kan redovisa mycket positiva resultat hos de verksamheter som använder sig av kvalitetsregister jämfört med de som inte gör det (2,3). Exempelvis hade 45 av de dåvarande (2009) 68 svenska kvalitetsregister samarbete med andra länder avseende registerdata enligt en sammanställning från Sveriges Kommuner Landsting (SKL) (2).

LAGRUMMET FÖR KVALITETSREGISTER

Det finns flera lagar och föreskrifter som berör kvaliteten inom hälso- och sjukvård och tandvård. Exempelvis så anger 16 § i Tandvårdslagen (1985:125) (8) och 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (9) att vårdgivare ska säkerställa att kvaliteten inom den tandvård/vård som ges kontinuerligt utvecklas.

Därtill gäller enligt 3 kap. 1 § ur Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) (10) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, vilken även inkluderar tandvården, att vårdgivaren fastställer generella mål samt kontinuerligt



Karolinska Institutet

utvärderar och följer upp dessa. Vidare ska verksamhetschefer enligt 3 kap 2 § (SOSFS 2005:12) inrätta rutiner för systematiskt kvalitetsarbete, samt fastställa att personal besitter kompetens för systematiskt kvalitetsarbete och aktivt deltar i detta. Detta sker exempelvis genom att initiera, testa och vidareutveckla rutiner och metoder för bland annat risk- och avvikelshantering, samt att målsättningar och resultat följs upp. (SOSFS 2005:12) (10).

Centrala begrepp och deras relation till kvalitetsregister

KVALITETSUTVECKLING

Intresset för att kontinuerligt utvärdera kvaliteten på en vara eller tjänst började de facto att utvecklas först inom industrin. Edwards Deming, som var en affärsman och pionjär inom kvalitetsarbete, var en man som under 1950-talet insåg vikten av att mäta kvaliteten i ett arbete eller en process, detta för att kontinuerligt kunna utveckla och förbättra dessa. Kvalitetsarbete av denna karaktär var i mitten på 1980-talet inte längre ett helt ovanligt inslag inom hälso- och sjukvård i USA (11). I Sverige togs det första svenska nationella kvalitetsregistret inom hälso- och sjukvård i bruk 1975, men det var först i slutet av 1980-talet, början av 1990-talet som fler nationella kvalitetsregister startades upp. Antalet nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård uppnådde under 2013 till 73 stycken (3). Detta innebär att Sverige i dagsläget har en världsledande position i utvecklingen av kvalitetsregister (2).

Begreppet God vård introducerades för första gången 2005 i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS: 2005:12) (10). De nationella riktlinjerna för God tandvård utkom 2010. God tandvård bygger på Tandvårdslagen (TL) (8) medan God vård utgår från Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (9). God vård/ God tandvård, har tillkommit för att förenkla uppföljning av svensk hälso- och sjukvård samt tandvård.

Det finns sex områden som anger premisser för God tandvård/ God vård: *”ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid”*. God vård/ God tandvård baseras på ett indikatorsystem varav en av indikatorerna är ”Ansluten till kvalitetsregister” (12). En kvalitetsindikator definieras enligt Nationalencyklopedin som: *”mätbar egenskap eller omständighet som kan användas för att kvantitativt uttrycka kvalitetsnivån hos någon del av en verksamhet”* (13).



Karolinska Institutet

Genom uppföljning av indikatorerna säkerställs att God tandvård/God vård efterlevs (14). Själva begreppet God vård är väl etablerat inom många landsting och används dessutom i vissa landsting som en organisatorisk styrfunktion. Kunskapsstyrning, vilket diskuteras nedan, sammankopplas ofta till begreppet God vård. Exempelvis i Västernorrlands landsting relateras kunskapsstyrning till God vård enligt följande: *“Användandet av bästa tillgängliga kunskapsunderlag för beslut om organisation och enskilda åtgärder samt prioriteringar inom hälso- och sjukvården för att nå målbilden av God vård.”* (15).

BENCHMARKING

Benchmarking är en metod som används för att förbättra kvaliteten inom ett område. Den grundläggande principen för Benchmarking bygger på att identifiera och analysera en specifik jämförelse, en så kallad benchmark. Benchmarken jämförs i syfte att förstå vilka processer och framgångsfaktorer som gör att just benchmarken har ett bättre utförande än något annat. Tekniken introducerades av teknikföretaget Xerox Company under 1970-talet i syfte att reducera produktionskostnader. Flera företag började därefter implementera metoden. Idag handlar Benchmarking mer om en metod för att kontinuerligt utveckla kvaliteten inom ett helt område, så kallat ”Continuous quality improvement” (CQI). Benchmarking används numera också inom hälso- och sjukvård och har genomgått ett antal förändringar genom åren. Till en början användes metoden mer i kvantitativt syfte för att jämföra olika vårdutföranden och förstå skillnaderna. Därefter har Benchmarking inom hälso- och sjukvård utvecklats till en mer kvalitativ funktion och att även inkludera analyser av olika processer och förståelse för vilka faktorer som leder till att förbättra vårdutföranden. Idag är patienternas förväntningar, liksom struktur för minskat riskhandlande i själva omhändertagandet också en del i Benchmarking (16).

KUNSKAPSSTYRNING

Den svenska hälso- och sjukvården bygger på en decentraliserad modell, vilket ställer höga krav på nationell samordning för att den ska kunna vara så likvärdig som möjligt (15). För att någorlunda kunna garantera att den vård som ges i Sverige, oavsett region, ska baseras på bästa tillgängliga och vetenskapliga grund, så kallad evidensbaserad sjukvård, används kunskapsstyrning. Kunskapsstyrning definieras enligt SKL 2012 som: *“Ett ständigt, systematiskt lärande där kunskap från brukaren/patienten, praktiker och från forskningen vägs samman och används”* och avser med andra ord det



Karolinska Institutet

systematiska arbete som utförs för att vårdpraxis ska baseras på så uppdaterad kunskap som möjligt. Systematiskt arbete omfattar forskning på de metoder som utövas inom vården, att ta fram och utveckla samt implementera kunskapsunderlag. Slutligen genomförs en uppföljning och analys av vårdpraxis. Kunskapsstyrning kan delas upp i tre delnivåer: på makro, meso och- mikronivå. Det vill säga att styrningen kan gå från att verka på nationellt plan i form av exempelvis nationella riktlinjer, till landstingsnivå där lokala riktlinjer för kliniknivå kan konstrueras med hjälp av de nationella. Det är framför allt på kliniknivå den största effekten av kunskapsstyrning kan ses genom att aktivt följa upp och utvärdera, för att sedan kunna förbättra arbetet på kliniken (17).

Socialstyrelsen har tagit fram en gemensam plattform för kunskapsstyrning inom tandvård, hälso- och sjukvård, samt socialtjänst där en av komponenterna är systematisk uppföljning och utvärdering som stöds av:

- en gemensam informationsstruktur och terminologi
- hälsodataregister och kvalitetsregister [14]

REGISTERSTUDIER

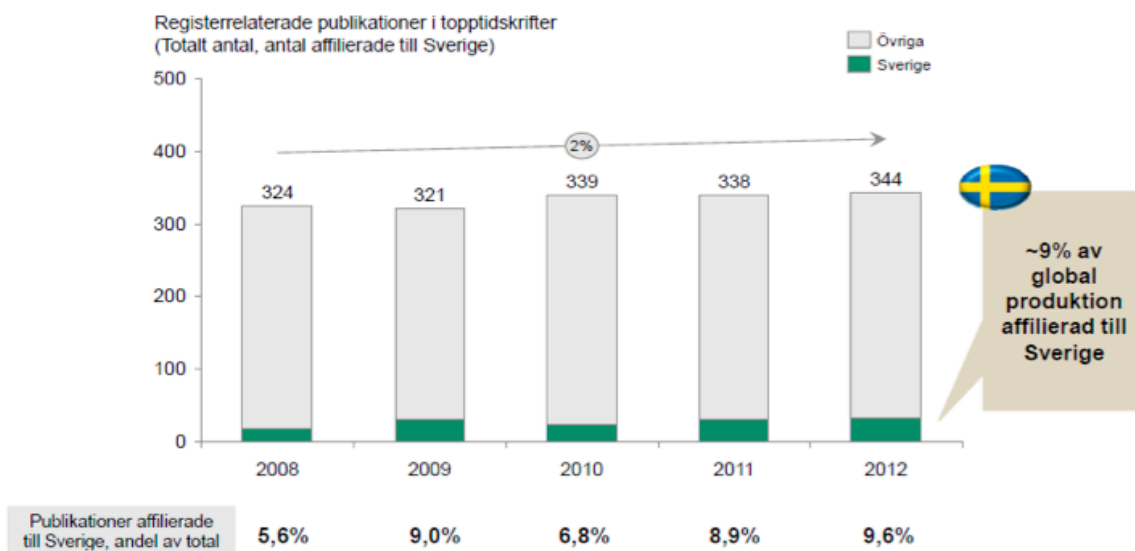
Ytterligare ett syfte med kvalitetsregister är att använda data från registren till epidemiologisk forskning (2). Tillsammans med hälsodata- och befolkningsregistret, utgör nationella kvalitetsregister ett mycket betydelsefullt underlag till forskning. Tillgången till personnummer, vilket de flesta individdatabaser baseras på, skapar unika möjligheter till att samköra data (18).

Registerforskningen är på frammarsch både nationellt och internationellt. Sveriges Kommuner och Landsting anordnade 2013 samt 2014 forskningskonferenser för kvalitetsregisterforskare. Kvalitetsregister fyller ett viktigt syfte inom epidemiologisk forskning och av den anledningen har det satts upp effektmål till 2016 för kvalitetsregisterforskningen i Sverige. Exempel på effektmål är att: 80 % av registren ska ha en täckningsgrad på 80 %, 100 % av de som har en täckningsgrad på 80 % ska ha en öppen redovisning av data och att antalet forskningsprojekt ska ha ökat med 300 % med start från år 2013. Antalet vetenskapliga artiklar baserade på registerforskning har ökat markant under de senaste åren, vilket indikerar en frammarsch inom registerforskningen (19).



Karolinska Institutet

Sverige publicerar en stor andel av det totala antalet publikationer inom registerforskning globalt, se figur 1. 2012 låg den siffran på cirka 9,6 %, vilket kan jämföras med år 2005 då siffrorna låg på 5,6 %.



Not. Topp-15 artiklar i fallande ordning enligt IF: NEJM, Lancet, JAMA, Lancet neurology, Journal of clinical oncology, Annals of internal medicine, Lancet infectious diseases, Mol Psych, Circulation, Lancet oncology, JNCI, BMJ, PLoS Medicine, Gastroenterology, American journal of psychiatry; Ej begränsat till kvalitetsregister; RCT studier exkluderade
Källa: Web of Knowledge

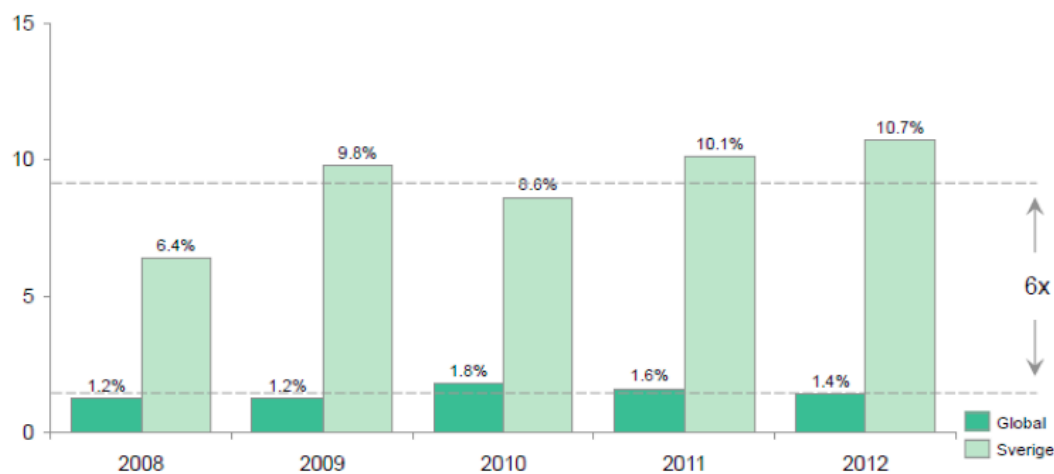
Figur 1. Antal registerrelaterade publikationer i topptidskrifter (19)

Att Sverige satsar mycket på registerforskning jämfört med andra länder exemplifieras i figur 2. (19).



Karolinska Institutet

Andel publikationer med registeranknytning av samtliga publikationer i toptidskrifter
(Andel av global produktion, Andel av svensk produktion, %)



Not: Topp-15 artiklar i fallande ordning enligt IF: NEJM, Lancet, JAMA, Lancet neurology, Journal of clinical oncology, Annals of internal medicine, Lancet infectious diseases, Mol Psych, Circulation, Lancet oncology, JNCI, BMJ, PLoS Medicine, Gastroenterology, American journal of psychiatry; Ej begränsat till kvalitetsregister; RCT studier exkluderade
Källa: Web of Knowledge; Thomson Innovation

Figur 2. Andel publikationer med registeranknytning av samtliga publikationer i toptidskrifter

Inom tandvården är dock registerforskning i nuläget ett relativt outforskat område. Det finns dock en vision inom SKaPas organisation att deras kvalitetsregister ska kunna bli en del i epidemiologisk forskning. Tanken är också att olika register ska kunna samköras för att ta reda på huruvida munsjukdomar kan relateras till exempelvis allmänsjukdomar. I syfte att förenkla beslutsprocessen avseende uttag av data från SKaPa, har det bildats ett vetenskapligt råd under 2014. Rådet är tänkt att vara en stödjande funktion för styrgruppen i SKaPa. Denna fattar beslut om SKaPa i forskningsändamål. Detta visar på att SKaPa har en målbild att bli en del inom forskningen.



Karolinska Institutet

UPPFÖLJNING AV HÄLSO-OCH SJUKVÅRD

Öppna jämförelser

Sedan ett antal år har det vuxit fram ett intresse att jämföra vård. Ett samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen utmynnade i rapporten ”Öppna jämförelser”, vilken gavs ut första gången 2006. Öppna jämförelser ges årligen ut i en uppdaterad version. Öppna jämförelser definieras som: *”återkommande indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa och som redovisas på regional-, landstings-, kommun-, eller enhetsnivå.”* (20). Öppna jämförelser är ett exempel på kunskapsstyrning på både nationell och lokal nivå. Grundidén är att landsting och kommuner ska uppmuntras till att utvärdera sin verksamhet, för att sedan jämföra denna med andra, så kallad benchmarking, se ovan. Målet är att ta lärdom av andra verksamheter i syfte att höja kvaliteten och göra verksamheten mer effektiv. Genom denna transparens ska medborgarna sedan ges möjlighet att jämföra vård (17).

Öppna jämförelser baseras på indikatorsystem (21). Kvalitetsindikatorerna är mått som beskriver kvaliteten. De kan dels användas som underlag i Öppna jämförelser dels som stöd i verksamhetsutveckling (22). Det krävs en hög täckningsgrad på nationella kvalitetsregister. Med detta menas att det är viktigt att högsta möjliga andel av den fördefinierade patientgruppen som finns registrerad i kvalitetsregistret rapporteras, annars försvåras arbetet att kunna jämföra och nationellt följa upp den vård som getts (12).

Baserat på Öppna jämförelser kan Socialstyrelsen ge riktlinjer till landstingen och staten för hur förbättring av hur hälso- och sjukvård kan ske (14). Öppna jämförelser finns för förutom inom hälso- och sjukvård även inom en rad andra områden. Tandvård inkluderas sedan 2011 som en del i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (23). Öppna jämförelser har tre syften:

1. att möjliggöra insyn i hälso- och sjukvården. På så vis åskådliggörs hur effektiv respektive hur hög kvalitet en verksamhet håller. En jämförelse kan verka som underlag för en öppen debatt, vilket ökar förutsättningarna för ansvarsutkrävande av en specifik verksamhet.
2. att graden för hur kvalitativ en verksamhet är tydliggörs för dess ledning och att det förhoppningsvis ska uppmuntra en verksamhet till kunskapsutveckling och förbättringsarbete.



**Karolinska
Institutet**

3. att kvalitet och åtkomst av data ska bli bättre och enklare, detta för att olika jämförelser ska kunna göras så lätt som möjligt (20).

Exempel på kvalitetsregister inom hälso-och sjukvården

NATIONELLA KATARAKTREGISTRET

Nationella Kataraktregistret har varit i bruk sedan 1992. Anslutningen till registret är mycket god, cirka 95,8 % av alla kataraktoperationer rapporteras in till registret. Ursprungligen startades registret för att kartlägga demografiska skillnader avseende synskärpan hos kandidater till operation för gråstarr samt väntetider på operation. Idag omfattar registret även utfallsdata gällande bland annat synskärpa och inducerad astigmatism, i vilken grad patienten upplever nyttan av operationen och antalet förekommande fall av endoftalmit, vilket är en bakterieinfektion i ögat. Kataraktregistret har varit mycket framgångsrikt på många områden, ett av dem är kunskapen om orsaken till postoperativ endoftalmit. Tack vare att samtliga fall av postoperativ endoftalmit kunnat kartläggas, liksom vilka behandlingsalternativ som funnits, har man kunnat jämföra utfallen av olika behandlingar. Med hjälp av två omfattande prospektiva studier har nationella riktlinjer tagits fram, det förebyggande arbetet har förändrats och operationsmetoder har utvecklats. Sedan 1998 då endoftalmitregistreringen startade, har antalet postoperativa fall minskat från 0,1 % till 0,030 %, vilket är ett bra exempel på lyckat kvalitetsarbete. De positiva resultaten har även uppmärksammats internationellt. 1995 startade exempelvis ett europeiskt kataraktregister, vilket baserade sina variabler på det svenska kataraktregistret. 90 kliniker från 25 länder har sedan dess anslutit sig till det europeiska, internationella registret (24).

NATIONELLA DIABETESREGISTRET

Nationella Diabetesregistret (NDR) är ett nationellt kvalitetsregister med mycket hög täckningsgrad. Under 2013 rapporterades det in från samtliga av Sveriges medicinkliniker och från 90 % av Sveriges primärvårdsenheter. Det har även flest antal registrerade patienter, vilket gör registret till det största nationella kvalitetsregistret. Diabetesprofessionen startade diabetesregistret 1996 och betraktas idag som ett mycket betydelsefullt verktyg inom diabetesvården i Sverige. Vilka riskfaktorer och vilken behandling som ges varierar inom rikets gränser, dessa variationer har dock kunnat



Karolinska Institutet

redovisas tack vare NDR. Resultaten av behandlingarna har också rapporterats in och på så vis öppnat för diskussion om diabetesvården.

SKL bildade 2013 ett nationellt programråd för diabetes, vars syfte var att rent praktiskt stötta landstingen med information och kunskap. Under 2014 har det även påbörjats arbete med en uppdaterad nationell utvärdering av diabetesvården liksom uppdaterade nationella riktlinjer. NDR är sedan ett antal år tillbaka en del i öppna jämförelser.

I 2013 års Diabetesrapport har en sammanfattad lägesbild över 2013 års data publicerats. Där poängteras vikten av att vårdgivaren kan urskilja sina egna prestationer/resultat, att det finns möjlighet till att jämföra sig med andra och där stor vikt ska läggas på att analysera vilka förbättringsbehov det finns. Därtill betonas det att det är av vikt att diabetesprofessionen deltar i tolkningen av resultaten (25).

Att det finns ett stort engagemang och att det satsas mycket på diabetesvården bidrar till att fler vill göra datauttag från NDR för att kunna använda statistisk data till analyser, detta gäller såväl för professionen som landstingen. Det ökade intresset för god diabetesvård har resulterat i att "Knappen" lanserats. På NDR:s hemsida kan man genom att använda funktionen "Knappen" på ett enklare sätt tillgodogöra sig och analysera uppdaterad statistik, vilket är en form av kunskapsutveckling (25).

Exempel på kvalitetsregister inom tandvården

SVENSKT KVALITETSREGISTER FÖR KARIES OCH PARODONTIT (SKAPA)

SKaPa grundades år 2007 (26). Sjukvården har använt sig av liknande register sedan 1975 (3). Syftet med SKaPa är att förbättra och utveckla vårdkvalitet och behandlingsresultat inom profylaxtandvård, själva behandlingen, samt inom den reparativa och rehabiliterande delen av tandvården relaterad till karies och parodontit. Därutöver ska SKaPa kunna användas som en del i verksamhetsutveckling, kvalitetsuppföljning, samt i utvecklandet av de nationella riktlinjer som finns. Indata till SKaPa från journalen sker momentant med registrering av statusuppgifter i journalen. Detta sker efter godkännande från patienten (27).

Bakgrunden till SKaPa var att arbetet avseende uppföljning, utvärdering, förbättring och utveckling av karies och parodontit var bristfällig, trots att de betraktas som



Karolinska Institutet

folksjukdomar och trots att de tilldelats stora resurser. På grund av bristande kartläggning fanns det inte kunskap om hur stor andel av befolkningen som genomgått undersökning, behandling eller vilka åtgärder som utförts. Syftet med SKaPa är således att fylla igen dessa kunskapsluckor (26).

Under 2013 tilldelade SKL SKaPa öronmärkta pengar för pilotprojektet ”Modell för systematiskt förbättringsarbete utifrån registerdata i SKaPa”. Deltagare var totalt åtta utvalda Folktandvårdskliniker från Landstingen i Jönköping, Värmland och Östergötland. Varje klinik fick i samarbete med organisationen på SKaPa och Kultorum i Jönköpings Landsting som uppgift att bilda ett projekt utifrån uppgifter från SKaPa. Då projektet utvärderats var det sedan tänkt att någon form av kvalitetsförbättringsarbete skulle kunna bedrivas. Då det i dagsläget inte är möjligt för en enskild klinik att få ut specifik data, utan enbart möjligt att se siffror på landstingsnivå, är det enbart de här åtta klinikerna i pilotprojektet som i realiteten prövat att använda SKaPa i ett klinisknära kvalitetsförbättringsarbete (27).

NATIONAL QUALITY REGISTER FOR DENTAL IMPLANT (NQRDI)
NQRDI är det andra existerande kvalitetsregistret inom tandvården. Detta har utvecklats ur två register: Straumann evaluation system (SEVS) och Svenska dentala implantatregistret (SDIR). NQRDI fyller syftet att kartlägga i vilken omfattningen implantatbehandlingar sker, registrera tuggfunktion, i vilken mån patienterna är nöjda med sin implantatbehandling, samt redovisa antal implantatförluster och övriga komplikationer. Samtliga kända implantatsystem är med i NQRDI. Tanken är att registret ska kunna öka lyckandefrekvensen för implantatbehandling (28).

Kvalitetsutveckling, kunskapsstyrning och registerstudier på Tandläkarprogrammet generellt

Betydelsen av att mäta, att göra uppföljningar och att utvärdera vård har blivit allt mer väsentlig inom svensk hälso- och sjukvård. Även om det i dagsläget inte har en större roll inom högre utbildning, så har ändå ett steg i rätt riktning tagits genom att kvalitetsarbete numera ingår i Högskoleförordningen (1993:100). Till och med som ett av kraven för att ta examen i vissa yrken, däribland för Tandläkarexamen: ”För en



Karolinska Institutet

tandläkarexamen skall studenten... visa förmåga att utvärdera odontologisk vård, varvid särskild vikt läggs på kvalitetssäkring.” (29).

Anslutning till ett kvalitetsregister ingår också som en av de 19 övergripande nationella indikatorerna i God tandvård. Detta innebär att studenter i sin framtida yrkesroll kommer att arbeta med stöd från kvalitetsregister som en naturlig del (22).

Ur utbildningssynpunkt underlättar kvalitetsregister som SKaPa att evidensbaserad vård efterföljs och att adekvat behandling ges. Med djupare förståelse för behandlingsval ökar också motivationen till att förbättra ett behandlingsarbete. Vidare kan kvalitetsregister användas för kompetensutveckling samt för att identifiera eventuella kunskapsluckor som finns en studentklinik, alternativt att nya idéer till forskning föds (30).

På SKaPas hemsida exemplifieras på vilket sätt registret kan säkerhetsställa att exempelvis en studentklinik bedriver god tandvård:

- utvärdera om friska individer förblir friska alt. att individer med sjukdom ej försämras eller återinsjuknar (uppnå mål)
- ge tandvård på lika villkor för hela befolkningen (patientfokuserad, jämlik)
- så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten och upplysa patienten om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds (patientfokuserad)
- följa upp och jämföra hållbarheten av olika reparativa åtgärder (uppnå mål)
- säkerställa efterlevnad där det finns evidensbaserad kunskap (kunskapsbaserad)
- synliggöra kvalitetsbrister, kunskapsluckor och olikheter i vårdinriktning (ändamålsenlig, säker, effektiv)
- påverka utvecklingen mot samsyn och enhetlig vårdinriktning (ändamålsenlig, jämlik)
- stödja vidareutveckling av nationella riktlinjer (kunskapsbaserad)
- innebära incitament till noggrannare undersökningar och vårddokumentation (säker)
- skapa högre funktionalitet i tandvårdens datajournalssystem (effektiv)” (26).



Karolinska Institutet

Registerstudier under utbildning kan om än i mindre skala ingå exempelvis som en del i ett examensarbete. På så vis lär sig studenten använda statistisk data för att bedriva registerstudier. Studenten lär sig uppskatta betydelsen av kvalitetsregister och hur det kan användas i forskningssyfte (2).

Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka hur kvalitetsregistret ”Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit” (SKaPa) upplevs leda till kvalitetsutveckling inom tandvården generellt. Arbetet syftar också till att utröna om en anslutning till SKaPa kan fylla ett mervärde för den kliniska delen på Tandläkarprogrammet på Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet.

Metod

Design

Den vetenskapliga metoden Kvalitativ Innehållsanalys har använts i detta arbete. En kvalitativ studie görs i syfte att beskriva en företeelse, ett fenomen (31). Intervjustudier ligger som grund för att besvara frågeställningarna i studien. En semistrukturerad intervjuguide har använts för att få mer nyanserade svar än vad som är möjligt med en enkät (32). Därtill användes olika typer av intervjufrågor för att ytterligare öka variationen på svaren (33). Intervjusvaren har analyserats med manifest analys. Syftet med den här studien var att få en uppfattning om hur informanterna, det vill säga de personer som intervjuades, upplevde användning av kvalitetsregistret SKaPa och därigenom kunna besvara frågan om studentkliniken på Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet bör ansluta sig till SKaPa eller ej. Genom att använda en kvalitativ ansats gavs större möjligheter till att få en ökad förståelse för varje enskild informants upplevelser, förväntningar och erfarenheter. Användning av en kvalitativ metod syftar till att ge en uppfattning om hur något upplevs, snarare än att ge en förklaring till hur något fungerar. (34)



Karolinska Institutet

Urval

Studien baseras på ett strategiskt urval. Strategiskt urval kan med fördel användas vid kvalitativa studier då ett fenomen ska analyseras till skillnad från vid representativt urval som bygger på statistiska slutsatser utifrån observationer (35).

Då det i dagsläget inte finns någon tandläkarklinik som kan hämta enskild data från SKaPa, finns det således ingen enskild klinik som har praktisk erfarenhet av att använda sig av kvalitetsregistret. Med hänsyn till detta kontaktades de åtta klinikchefer som drivit pilotprojektet "Vårdutveckling inom tandvården med hjälp av registerdata"(36). En intervju föll bort på grund av brister/missförstånd i kommunikationen, detta trots utprepade försök till kontakt.

För att söka mättnad till studien, det vill säga att nå den grad av datainsamlingen då inte längre någon ny information tillkommer, intervjuades förutom de sju klinikcheferna, ytterligare fyra personer: Dessa var:

- en av ägarna till den enda anslutna privata kliniken i Sverige.
- en Folktandvårdsklinik i Värmland som inte medverkat i pilotprojektet.
- en av de mest insatta medarbetarna inom SKaPas organisation.
- en av de ansvariga för Tandläkarhögskolans studentklinik vid Karolinska Institutet.

Samtliga informanter fick i slutet av intervjun möjlighet att göra tillägg och kommentera frågor. Totalt genomfördes elva stycken (7+4) intervjuer.

Datainsamling

Datainsamling pågick löpande från sommaren 2014 till januari 2015. Intervjuguiden formulerades i samråd med handledaren och baserades på den litteratur som handlar om kvalitetsregister generellt samt information som gick att hämta från SKaPas hemsida, se bilaga 1. Givet frågeställningen omfattade intervjuerna enbart frågor om kvalitetsregistret SKaPa. Kvalitetsregistret NQRDI behandlas ej i den här studien. Svaren till den fråga som handlar om Patient Reported Outcome Measures (PROM) redovisas inte på grund av att informanterna inte kände sig insatta i frågeställningen.



Karolinska Institutet

Författaren genomförde två pilotintervjuer för att prövas i rollen som intervjuare, för att testa tillförlitligheten på intervjuguiden och för att testa den tekniska utrustningen. Intervjuguiden behölls oförändrad och de två pilotintervjuerna blev inkluderade i arbetet. Informanterna kontaktades via mejl, i vilket informanterna fick information om studiens syfte. Därefter avtalades en tid för intervju, varav samtliga intervjuer utom en genomfördes via telefon.

I de fyra tilläggsintervjuerna som genomfördes, lyftes enbart de frågor som författaren önskade få ytterligare belysta.

Alla intervjuer bandades efter godkännande av informanten. Samtliga informanter anonymiserades i studien. Intervjuerna varade mellan 14-49 minuter.

Databearbetning

Intervjuerna av klinikcheferna avidentifierades genom att varje informant tilldelades en siffra mellan 1-7. Informanterna i tilläggsintervjuerna benämns enligt den position, lokalisering de arbetar i. Detta för att tydligare kunna särskilja informanterna, de sju klinikcheferna som medverkat i projektet "Vårdutveckling inom tandvården med hjälp av registerdata" från de fyra informanter som medverkat i tilläggsintervjuerna.

Ljudfilerna transkriberades ordagrant med undantag för pauser, stakningar, skratt och pustningar, det vill säga en lättare redigering i enlighet med "Slightly modified verbatim mode" (34)

Författaren läste intervjumaterialet flera gånger för att bli bekant med det. Efter ett antal genomläsningar kunde materialet börja bearbetas. I intervjumaterialet med klinikcheferna identifierades meningsbärande enheter, vilka svarade på syftet med studien och som analysen sedan baserades på. Enstaka ord, meningar eller hela stycken förenades genom ett gemensamt innehåll och byggde upp den meningsbärande enheten (37). Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna till mindre långa och mer lättarbetade texter, utan förändrat budskap. Utifrån de kondenserade texterna abstraherades koder. Se exempel från Innehållsanalysen i tabell 1. Med några få ord sammanfattas den meningsbärande enheten i en kod, likt en etikett (37). Koder sorterades sedan i kategorier. De koder vars innehåll påminde om varandra delades in i en och samma kategori. Därefter skapades underkategorier.



Karolinska Institutet

Meningsbärande Enhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Kategori
(5) ...jag menar en liten klinik, säg att de gör ett implantat per år, då är det inte så intressant längre va. För jag menar, det måste ju till en viss volym på kliniken för att det ska visa sig någon form utav säker statistik för att få reda på saker och ting va.	Det krävs en viss volym patienter för säker statistik.	Stort patient-underlag säkrar statistiken	Indatans betydelse

Tabell 1.

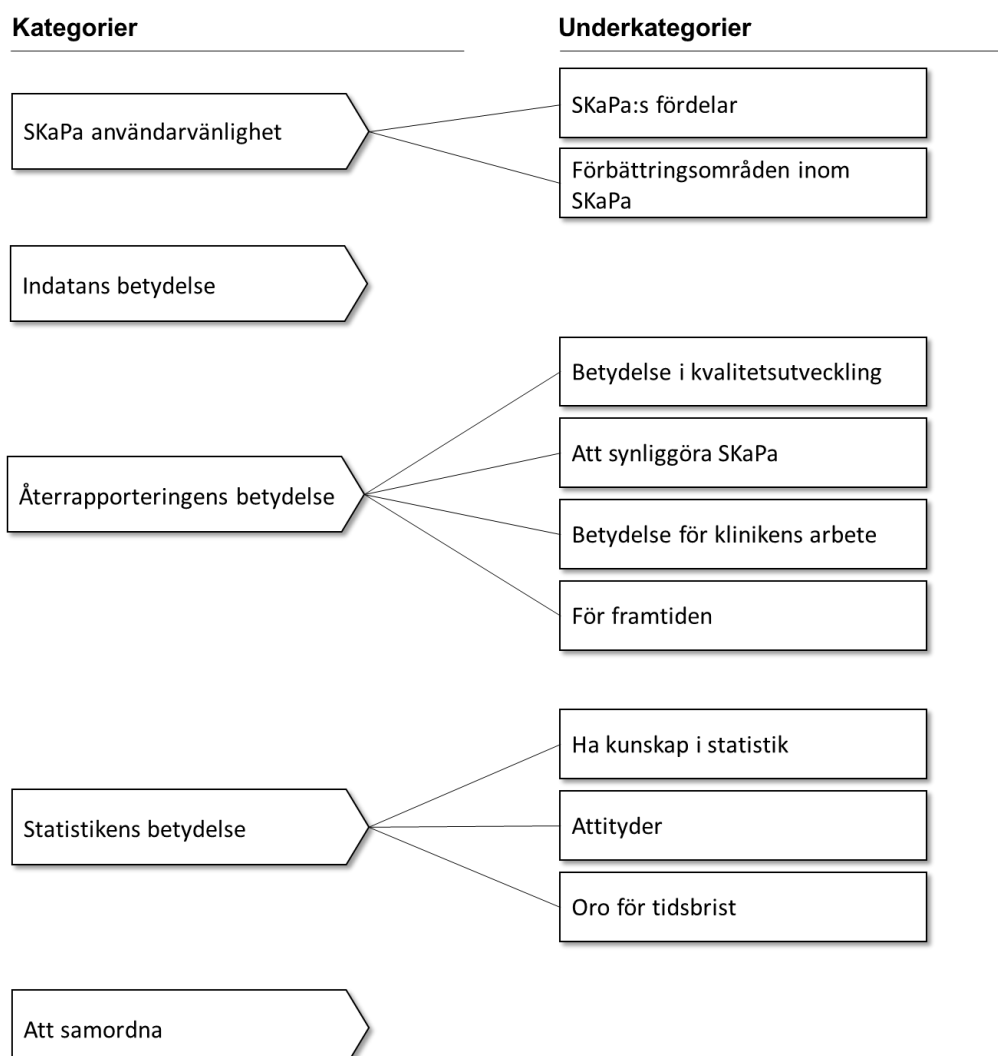
De fyra tilläggsintervjuerna analyserades inte enligt analysmönstret, utan fokus låg på att söka svar på frågor som inte besvarats i analysen med klinikcheferna. Detta för att öka mättnaden, det vill säga uppnå läget då ytterligare datainsamling inte längre tillförde någon ny information.



Karolinska Institutet

Resultat

Genom analys av materialet med klinikcheferna, kunde fem kategorier och nio underkategorier identifieras:





Karolinska Institutet

SkaPas användarvänlighet

Kategorin ”SKaPas användarvänlighet” kom att innehålla två underkategorier: *SkaPas fördelar* och *Förbättringsområden inom SKaPa*. Informanterna upplevde att det framför allt fanns en fördel med SKaPa jämfört med andra kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Fördelen var att uppgifterna från journalsystemet direktöversförs till SKaPa, vilket betyder att det inte krävs något extra arbete från behandlaren för att rapportera in till SKaPa. Detta är unikt jämfört med journalsystemen inom hälso- och sjukvården, där samtliga kräver manuell rapportering till kvalitetsregistren. Genom att varje klinik kan anpassa sin användning av SKaPa utefter sina förutsättningar, upplevde informanterna att SKaPa bör kunna användas av vilken typ av klinik som helst, detta oavsett patientklientel och klinikstorlek.

”Det skulle jag själv tycka är intressant. Jag menar när man läser och ändå tittar på statistik ifrån andra ställen, hur tandhälsan ser ut i Sverige och här har man ju siffror direkt ur verksamheten. Det är inte någon som suttit och rapporterat in i några register och man kan ibland undra var uppgifterna kommer ifrån och så, utan det här är ju direkt ur journalerna rakt in i det här registret, så det känns ju väldigt, ja det uppdateras ju hela tiden.” (Informant 1)

Informanterna upplevde att personalen som arbetade på SKaPa var kunnig och engagerad. Informanterna tyckte att stöttningen från SKaPas organisation var en viktig del för att komma igång med kvalitetsutvecklingsarbetet och för att förstå vad arbetet innebar.

Underkategorin *förbättringsområden inom SKaPa* innefattade att informanterna upplevde att SKaPa fortfarande visar att de är i en uppstartsfas, vilket betyder att organisationen är sårbar och att den ännu inte etablerat sina rutiner avseende personalstyrka och datateknik. Informanterna ansåg att SKaPa rent tekniskt behöver bli mer lättillgängligt, annars finns risken att enbart inmatning av data sker och att personal inte använder sig av registerdatan, det vill säga utdatan i sin kvalitetsutveckling. Informanterna upplevde ibland att siffrorna som återrapporterades från SKaPa var felaktiga och att de inte kunde lita på registerdatan. Detta resulterade i sin tur att de kände mindre entusiasm att använda sig av registerdata.



Karolinska Institutet

”SKaPa måste bli mer lättillgängligt. Alltså datamässigt, att man kan gå in och hitta sin klinik, man kan hitta jämförbara kliniker, man kanske kan rangordna kliniken efter storlek och så vidare.” (Informant 2)

Indatans betydelse

Informanterna ansåg generellt att det var lättare för stora kliniker att använda statistisk data från SKaPa. Detta eftersom ett större patientunderlag ger en mer rättvis bild av den kliniska verkligheten i verksamheten eftersom fler individer finns representerade i statistiken. De upplevde också att det är viktigt att tandvårdspersonalen träffar sina patienter med jämna intervall och bildar sig en uppfattning om de enskilda patienternas tandvårdssituation. Det krävs också att tandvårdspersonalen rapporterar in fullständigt status på patienten, annars blir statistiken ofullständig och ej representativ ansåg informanterna.

”(...) jag menar en liten klinik, säg att de gör ett implantat per år, då är det inte så intressant längre va. För jag menar, det måste ju till en viss volym på kliniken för att det ska visa någon form utav säker statistik för att få reda på saker och ting va.” (Informant 5)

Återrapporteringens betydelse

Analysen av kategorin ”Återrapporteringens betydelse” resulterade i fyra stycken underkategorier: *Betydelse i kvalitetsutveckling, Att Synliggöra SKaPa, Betydelse för klinikkens arbete samt För framtiden.*

Med *återrapporteringens betydelse i kvalitetsutveckling* menas hur registerdata från SKaPa kan användas för att förbättra klinikverksamheten. Generellt ansåg informanterna att det framför allt ägnas tid åt det kliniska arbetet inom tandvården och att det sällan finns tid för att driva projekt. Ändå upplevde vissa av informanterna att det var givande och till och med stimulerande att avsätta administrativ tid för att ägna sig åt SKaPa-projektet och frågor som fokuserade på kvalitetsutveckling. Informanterna uppfattade alltså kvalitetsutveckling som något viktigt för den kliniska verksamheten. I slutändan är det dock tandvårdsledning som beslutar om en klinik ska ägna tid åt



Karolinska Institutet

kvalitetsutveckling eller inte. Av den anledningen är det avgörande om tandvårdsledningen känner ett behov av och har ett intresse för kvalitetsutveckling.

”Ja, det är klart att inom tandvården har vi ju inte speciellt mycket administrativ tid, utan vi är ganska kliniskt inriktade så att säga va. Men dom som har varit med här, dom tycker just det är stimulerande att kunna sätta av lite administrativ tid för att faktiskt fundera lite framåt i lite större frågor (...) men sen måste det naturligtvis vara ett beslut från tandvårdsledningen om man tycker att man ska lägga tid på vårdutveckling eller inte va.” (Informant 7)

Underkategorin *Betydelse för klinikkens arbete* innehöll resultat i vilket informanterna tror att SKaPa är ett bra verktyg för kliniker att jämföra sina behandlingsutfall med varandra i synnerhet för vuxenpatienter, där det varken finns några regionala eller nationella jämförelser. Att jämföra klinikdata mellan klinikerna, kan öppna för nya diskussioner och fungera som ett uppvaknande till att det behövs förbättra en verksamhet ansåg informanterna. SKaPa upplevdes således fungera som en morot till kvalitetsutveckling. Med hjälp av utfallsdata från SKaPa kan den enskilda kliniken även skapa sina egna indikatorer, som kan användas till mindre interna projekt för att kvalitetsutveckla verksamheten, tyckte informanterna. De antog att det på ett Odontologiskt utbildningsprogram, exempelvis en tandläkarutbildning, kan vara svårt att jämföra data från studentkliniken, men ansåg att SKaPa istället kan användas för att få en översikt över munhälsotillståndet på patienterna och på så vis reflektera över vilka patienter som går på studentkliniken.

Informanterna upplevde att SKaPa än så länge inte har så stark genomslagskraft. För att SKaPa som kvalitetsregister ska få större påverkan inom tandvården i Sverige, ansåg informanterna att det är viktigt att SKaPa synliggör sig. Synliggörandet kan börja redan under den Odontologiska utbildningen, där undervisningen kan innehålla information om SKaPa och framför allt exemplifiera inom vilka områden SKaPa kan användas.

”SKaPa har inte den genomslagskraften hos oss och det tror jag inte det har på någon klinik alltså och där måste nog SKaPa jobba med att synliggöra sig. För det gör man inte så våldsamt idag.” (Informant 2)



Karolinska Institutet

Informanterna upplevde att de tack vare SKaPas pilotprojekt förfinat sina riskgrupperingar, vilket resulterat i mindre vård till de friska till förmån för de sjuka. Informanterna ansåg att det vid omstruktureringar och omprioriteringar är det viktigt att följa upp vården och att kontinuerligt utvärdera patienternas status, för inget sker slumpmässigt. Detta upplevdes dock kräva mer arbete i form av att verkligen rapportera all vård som getts, då i form av en av de åtgärds-koder som ingår i det statliga Tandvårdsstödet.

”Eftersom vi liksom förfinat våran riskgruppering blir det ju inte så att det kommer in några i onödan (...) vi upplevde ju liksom att vi skärpte upp, att det inte går slentrian bara i en sak. Utan man måste omvärdera varje gång man har en patient när den ska in igen och liksom när den ska in igen. Så att det är rätt patienter som sitter på dom här kallelseköerna och att vi kan prioritera dom.” (Informant 1)

Underkategorin *återrapporteringens betydelse för framtiden* innefattar hur SKaPa bör gå vidare i sin utveckling. Informanterna ansåg att SkaPa är i behov av vidareutveckling, att det är av högsta vikt att de anslutna klinikerna kan hämta klinikbaserade uppgifter och inte bara regionala. Klinikens utfallsdata inom ett landsting kan skilja mycket och den generella statistiken är därför mindre intressant för den enskilde behandlaren. Informanterna upplevde att SKaPa har så stor potential inom kvalitetsutvecklingsarbete, att det kan inspirera till uppstart av andra kvalitetsregister inom tandvården. De ansåg också att SKaPa kan utvecklas till ett mer omfattande register, i vilket uppgifter om exempelvis rotfyllningar inkluderas. Organisationen kring SKaPa upplevdes också kunna utvidgas och omfatta vårdutveckling samt att hjälpa kliniker med mer praktiska frågor.

”Det finns ju inga gränser egentligen för karies och parodontit. Alltså, det tas ju in uppgifter på rotfyllningar och allting va. Så jag ser det bara som en början egentligen.” (Informant 3)

Statistikens betydelse

Kategorin ”Statistikens betydelse” kom att resultera i tre stycken underkategorier: *Ha kunskap i statistik, Attityder* och *Oro för tidsbrist*.



Karolinska Institutet

Underkategorin att *ha kunskap i statistisk* innehåller motiveringar till varför informanterna ansåg att det vara viktigt att ha statistiska kunskaper. Bland annat upplevde informanterna att statistisk kunskap krävs för att behandlaren ska kunna värdera den registerdata som återrapporteras från SKaPa. Informanterna ansåg också att behandlaren måste vara uppdaterad vad gäller exempelvis åtgärds-koder, annars registreras felaktig data in till SKaPa, vilket ger inkorrekt utdata.

Informanterna upplevde det tidseffektivt att tydligt avgränsa sina projekt. De uppfattade att SKaPas pilotprojekt uppmuntrade till att våga använda statistisk data till att driva kvalitetsutveckling, samtidigt som de tyckte att det var krävande att avläsa vad som återrapporterades från SKaPa. Det angavs vara en träningssak och en färskvara att använda registerdata i sitt arbete. De förespråkade att det på varje klinik bör finnas en särskild grupp, i vars arbetsuppgifter det ingår att driva kvalitetsutvecklingen framåt och sedan engagera andra.

”Ja, alltså när det gäller inrapporteringen tror jag nog kanske inte är några problem så, utan snarare är det väl när man ska plocka ut siffrorna ur SKaPa, att man tänker sig för och verkligen förstår vad siffrorna står för så att säga va (...) alltså vi tog till exempel lite för kort tid, tidsperiod (...)” (Informant 3)

Att använda den data som återrapporteras från SKaPa uppfattades av informanterna kräva engagemang. För att kunna prioritera kvalitetsutvecklingsarbete är det viktigt att behandlaren verkligen förstår syftet med arbetet, samt att det finns en förändringsvilja. Finns inte det, riskerar SKaPa enbart uppfattas som merjobb och prioriteras bort.

Att känna oro för tidsbrist innebar att informanterna innan starten av SKaPas pilotprojektet upplevde en stor osäkerhet kring hur mycket tid SKaPa skulle kräva. De kände en oro för de skulle behöva prioritera bort kliniskt arbete till förmån för administrativ verksamhet. Dock resulterade pilotprojektet i att de fick en förståelse för att kvalitetsutveckling inte behöver ta mycket tid i anspråk eller att hela kliniken behövde involveras och att kvalitetsarbetet i slutändan lönar sig för kliniken som helhet.

”(...) att man är kanske lite rädd att det här ska ta bort vårdtid och så (...) att man ändå kan se att det kommer så mycket gott utav det och att det ändå var ett ganska rationellt



Karolinska Institutet

sätt att jobba på (...) att man inte behöver vara så många för att driva ett sådant här projekt ganska lång.”(Informant 1)

Att samordna

Att rapporteringen från journal till SKaPa sker automatiskt gör SKaPa unikt jämfört med andra kvalitetsregister, samtidigt som det ställer höga krav på behandlaren ansåg informanterna. Kraven omfattar att registrera på samma sätt, samt att använda överensstämmande åtgärds-koder. Informanterna upplevde att det i dagsläget finns rent strukturella problem avseende dessa krav, exempelvis att landstingen har lokala åtgärds-koder. De ansåg att det måste ske en samordning mellan landstingen så att behandlare rapporterar in på samma sätt, samt att de lokala åtgärds-koderna kalibreras. Det föreligger annars en risk för felaktiga jämförelser

”(...) vi hade olika registrerings-sätt och det hade man liksom inte funderat över när dom skulle ta ut data åt oss från SKaPas databas. Då summerade den att inget var inmatat, därför att vi inte registrerade på samma sätt som dom andra. Och det fordras, ska det här bli bra och kunna tillämpas då måste man ju ha samma sätt att registrera va.” (Informant 2)

Tilläggsintervjuer

Som tidigare nämnts intervjuades utöver de sju klinikcheferna även fyra personer som på ett eller annat sätt berörs av SKaPa. Avsikten med detta var att öka mättnadsgraden av intervjuerna det vill säga att öka informationsinnehållet.

VAD TYCKER ANDRA KLINKER OM SKAPA?

Den folktandvårdsklinik i Värmland som är ansluten, men som ännu inte hämtat någon utdata från SKaPa, uppfattade SKaPa som mycket användarvänligt:

”Ibland så tänker jag att det är ju inte möjligt att det här kan ske utan att vi gör något för man är så jökla van att man måste peta in saker överallt och anstränga sig va och här påstår de att det tankas över hela tiden utan att vi gör något, så lite skumt är det på något sätt.”



Karolinska Institutet

Informanten från den privat anslutna kliniken ansåg inte att SKaPa fyllde sin fulla potential på den mindre klinik som han drev, detta då han uppfattade att han hade god översikt över sina patienter och deras behandlingsbehov ändå. Anslutningen till SKaPa skedde främst med anledning av att bidra till nationell statistik:

"...Alla sådana här kvalitetsregisterna, när man då så att säga får in så att princip så att hela den befolkningen som går, då har man "dragit sitt strå till stacken" även om det kanske inte direkt påverkar på den patienten man har i stolen, men det ger ju så att säga ett unikt underlag och se vad svensk tandvård gör för någonting. Så att det var inte direkt något egensyfte så att säga."

BEHÖVS EN SAMORDNING I SÄTTET ATT REGISTRERA DATA?

Avseende ett samordnat system vad gäller sättet att registrera, var informanten från SKaPas organisation medveten om att de lokala åtgärderna skiljer sig mellan landstingen. Informanten uppgav att SKaPa är i färd med att arbeta med detta ärende genom så kallad "mapping". Med "mapping" menade informanten att SKaPa kan samordna de lokala åtgärderna i en slags lista. Vad gäller det diversifierade sättet att registrera så uppgav informanten att det vid en mera gedigen information/instruktion/ behandling registreras en behandlingsåtgärd och hävdade att detta oftast genomförs med anledning av att intäkter annars uteblir för klinikern.

ANSLUTNING TILL SKAPA PÅ DEN ODONTOLOGISKA INSTITUTIONEN VID KAROLINSKA INSTITUTET

Informanten från den privat anslutna kliniken ansåg att det torde vara svårare för en tandläkare under utbildning, att använda sig av uppgifter från SKaPa på grund av att en hon gör andra kliniska bedömningar än en mer erfaren tandläkare gör. Informanten från SKaPas organisation ansåg att en anslutning skulle kunna göras i syfte att medvetandegöra SKaPa för studenterna:

"Då bli ju KI en deltagarorganisation som alla andra, så sluter vi ett avtal och så riggar man den teknik som behövs för att kunna skicka data (...) jag tror att det skulle vara en bra modell att göra så, både för skolan och att undervisa i principerna för hur kvalitetsregister fungerar och i vilka möjligheter det medför för uppföljning av vård. Hur man kan initiera och driva vårdutvecklingsprojekt och hur man ska kunna bedriva forskning med hjälp av information som finns i SKaPa."



Karolinska Institutet

SKaPas primära uppgift bör enligt informanten på Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet, vara att användas som forskningsunderlag. Vikten av att få en vetenskaplig anknytning vid användningen av kvalitetsregister går ej att förringa enligt informanten. Sambandet till registerforskningen fås då lämpligen genom examensarbeten. Informanten uppger dock att det största hindret att överbrygga är att avsaknaden på ekonomiska resurser.

Diskussion

Metoddiskussion

Den här studien baseras på en *kvalitativ metod*. Syftet var att få en djupare förståelse för informanternas upplevelse av att använda kvalitetsregistret SKaPa. Att använda sig av kvalitativa metoder inom medicinsk vetenskap har länge ansetts vara otillräckligt i fråga om vetenskaplig grund, i och med avsaknaden av fakta och objektivitet (32).

Beaktansvärt är dock att en studie med kvalitativ ansats *bör* användas när en forskare söker en djupare förståelse för ett specifikt fenomenets komplexitet eller en persons subjektiva uppfattning och upplevelse av något (38). Vid analys av intervjuerna har medvetet en så hög objektivitet som möjligt försökt hållas. Fullständig neutralitet har varit svår att uppnå i och med att intervjuare och informanter kan ha påverkat varandra under datainsamlingen samt att författarens bakgrund, kunskap och värderingar kan ha färgat analysarbetet. Detta är kännetecknande för kvalitativa studier (38).

Metoden *kvalitativ innehållsanalys* valdes med hänsyn till att den lämpar sig att använda för att tolka intervjuer. I den här studien tillämpades initialt kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket sedan resulterade i användning av en deduktiv ansats. Med en induktiv ansats menas att analysen av materialet är förutsättningslös och kan exempelvis bygga på en persons berättelse om hur något upplevs. Att tillämpa en deduktiv ansats innebär att analysen baseras på en utvald, redan sammanställd mall eller teori (39). Analysen fokuserade på det manifesta innehållet, vilket beskriver de mer uppenbara och synliga i en text, till skillnad från latent innehåll som beskriver texten på ett mer djupare plan (34).

För att testa intervjuare och underlaget för intervjuerna genomfördes två pilotintervjuer. I och med att dessa bandades, gavs möjligheten att analysera såväl frågorna som



Karolinska Institutet

intervjutekniken. Utfallet uppfattades som tillräckligt adekvat, vilket innebar att pilotstudierna inkluderades i materialet. Samtliga intervjuer förutom en genomfördes per telefon. Fördelen med telefonintervjuer är att det är mer lättillgängligt än en konventionell intervju- ansikte mot ansikte. Nackdelen är att spontanitet och sociala koder som ögonkontakt och kroppsspråk går förlorat och inte kan användas som extra information till intervjun. En telefonintervju innebär också att platsen för intervjun inte kan standardiseras, exempelvis kanske en medarbetare har sin arbetsplats i anslutning till den plats var informanten sitter och blir intervjuad. Detta kan påverka utfallet av intervjun (40).

Totalt intervjuades sex kvinnor och fem män. Samtliga intervjupersoner hade positionen klinikchef, förutom en informant som var tandvårdschef. Att inkludera människor av båda könen kan enligt Graneheim och Lundman bidra till en större variationsrikedom avseende det fenomen som studeras (37). Det var dock inget som gav utslag i denna studie.

Med hänvisning till frågeställningen och det faktum att enbart åtta kliniker har prövat att använda statistisk utdata för kvalitetsutveckling, begränsades urvalet kraftigt. För att söka mättnad gjordes de fyra tilläggsintervjuerna. Uppnådd mättnad innebär att datainsamlingen inte längre tillför någon ny information (39).

Det hade varit en fördel att genomföra ytterligare några intervjuer med klinikchefer som är anslutna till SKaPa men ännu inte använt sig av några registeruppgifter från SKaPa. Detta skulle kunna ha ökat variationen av upplevelser och därmed ökat tillförlitligheten av resultatet (37). Dock begränsades detta av tidsramar.

För att underlätta för läsaren att bedöma *giltigheten* i resultatet citerades informanter i den del av arbetet som behandlade resultaten. Citaten behandlades enligt "Slightly modified verbatim mode" (34) med vilken det alltid föreligger en risk att missa underliggande budskap i intervjun. Risken uppfattades dock som liten i relation till värdet av att få ett mer lättläst material (33).

Intervjumaterialet var omfattande varför de delar som ansågs irrelevanta till studiens syfte uteslöts innan analysarbetet påbörjades. Det finns alltid en risk att material som kan ha varit betydelsefullt för studien går förlorat i och med detta. Uteslutningen av



Karolinska Institutet

material gjordes dock med avsikten att kunna fokusera på det material som svarade till studiens syfte.

Att utesluta material innebär att själva textmassan blir mindre men det anses inte ha någon korrelation med kvaliteten på studien. Att bearbeta och förkorta ned materialet i koder och kategorier ses snarare som en viktig del i analysarbetet (41).

Materialet genomlästes ett flertal gånger för att undvika att viktigt material till analysen skulle gå förlorat. Enligt Cutcliffe et al upptäckts förvrängningar, oriktigheter och misstolkningar successivt genom många genomläsningar (42).

Författaren utförde såväl intervjuerna som transkriberingen för att lättare och på ett djupare plan kunna tillgodogöra sig materialet. Genom att transkribera materialet själv gavs tillfälle att direkt reflektera över materialet och tidigt påbörja analysarbetet, vilket är en styrka i studien (34).

Inom kvalitativ forskning kan studiens validitet inte stärkas genom att finna konsensus eller repetitioner i det studerade fenomenet (32). För att stärka trovärdigheten i resultatdelen i den här studien, diskuterade författare och handledare resultatet under analysarbetet. För att öka studiens *tillförlitlighet* och *överförbarhet* har analysarbetet redogjorts så utförligt som möjligt (41).

Resultatdiskussion

Informanterna från pilotprojektet upplevde att en av de stora fördelarna med SKaPa i jämförelse med andra kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, var att uppgifterna från journalsystemet överförs direkt till SKaPa. Att i stort sett samtliga informanter som kommit i kontakt med SKaPa upplevde direktöverföringen som något positivt, kan uppfattas som att SKaPa har en stor fördel avseende användarvänlighet jämfört med andra kvalitetsregister. Tack vare den fördelen har SKaPa förutsättningar att snabbare bli ett kraftfullare verktyg än kvalitetsregister inom sjukvården visat prov på.

Genom intervjuerna erhöles uppfattning om att landstingen måste kalibreras avseende registreringssätt och åtgärds-koder. Detta för att öka förutsättningarna för en pålitlig statistik från SKaPa. Enligt informanterna så används det idag exempelvis lokala åtgärds-koder, vilka skiljer sig åt mellan landstingen. Avseende vad informanterna från



Karolinska Institutet

SkaPas pilotprojekt upplevde i jämförelse med vad informanten på SKaPa uppgett, kan detta tolkas som att det behövs en samordning dels mellan SKaPas organisation och landstingen och landstingen sinsemellan, annars föreligger en risk att det görs felaktiga jämförelser. Detta riskerar i sin tur att generera felaktig statistisk data och därmed minskad trovärdighet.

Vissa av informanterna som medverkat i pilotprojektet, upplevde att användningen av SKaPa kan anpassas för att kunna användas på alla typer av kliniker. Den uppfattningen delades dock inte av informanten på den privata kliniken, som ansåg det vara svårare för exempelvis en Odontologisk Institution att vara ansluten. Att informanterna har tudelade åsikter om hur och av vilka SKaPa kan användas av och vilka SKaPa lämpligen riktar sig till, indikerar att det är svårt att veta SKaPas begränsningar. Detta beror troligen på att SKaPa fortfarande är ett relativt nytt och outforskat kvalitetsregister jämfört med exempelvis Nationella Kataraktregistret (NCR) eller Nationella Diabetesregistret (NDR) som är betydligt mer etablerade.

Både NCR samt NDR är goda exempel på register från vilka många bedriver forskning på och från vilken forskningen resulterat i ändrade riktlinjer för att bedriva bättre vård. Till exempel publicerade Socialstyrelsen under 2014 en ny nationell utvärdering för diabetesvården. Därtill håller de nationella riktlinjerna för sjukdomen på att uppdateras. För att kontinuerligt kunna ge bättre behandlingar, är det många inom landstinget och regionalt, samt inom professionerna som vill arbeta med NDR som underlag, för att sedan kunna använda i kvalitetsutveckling, kunskapsstyrning och registerforskning. Detta visar på ett allmänt intresse och en hög ambitionsnivå inom den berörda professionen att ständigt vilja förbättra den verksamhet som bedrivs och en strävan att arbeta mer kunskapsstyrt.

Med en strävan att ständigt förbättras har NDR lanserat ”Knappen” på deras hemsida. Genom att använda ”knapp-funktionen” kan vårdgivaren på ett lättare sätt hämta och analysera statistisk data i realtid (25). Detta kan uppfattas som ett tecken på NDR:s engagemang och vilja att hitta nya, mer lättillgängliga sätt att möta vårdgivarna och behandlarna så att de i sin tur lättare och oftare kan kvalitetsutveckla sin verksamhet och att det öppnar för nya frågor att forska på. Att göra den statistiska datan mer lättillgänglig var ett av de områden som SKaPa borde bli bättre på enligt informanterna i



Karolinska Institutet

pilotprojektet, så där kan en funktion som ”Knappen” vara ett alternativ att lansera för SKaPa.

Informanten på Odontologiska Institutionen vid Karolinska institutet (KI) ansåg till skillnad från de andra informanterna att SKaPa framför allt kan användas som forskningsunderlag. Enligt informanten bedrivs det knappt någon registerforskning på patientklientelet på den Odontologiska Institutionen idag och där skulle SKaPa kunna vara ett alternativt verktyg för att få svar på de många kliniska frågeställningar som finns. Författaren ställer sig dock frågande om inte SKaPa kan användas till kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning också? Detta med hänsyn till att det görs fullständiga behandlingar, där studenterna tar fullständigt status, samtidigt som det finns en relativt stor patientstock, motsvarande en medelstor tandvårdsmottagning. Vilket var några av de faktorer som informanterna ansåg viktiga för att kunna få ut pålitlig statistik från SKaPa.

Att SKaPa kräver resurser både i form av it-kompetens, det vill säga någon som kan hantera utdatan från SKaPa, samt en resurs som ansvarar att driva frågor avseende kvalitetsutveckling, kunde informanten från SKaPa intyga. Ekonomiska resurser angavs vara det främsta hindret för en anslutning till SKaPa på den Odontologiska Institutionen vid KI, enligt informanten vid KI. Informanten ansåg därför att det är av högsta vikt att SKaPa *kan* implementeras i undervisningen, annars finns inget berättigande till undervisningsanslag.

I resultatdelen framgick att informanterna från pilotprojektet ansåg att det var viktigt att tandvårdspersonalen träffar sina patienter med jämna intervall för att kunna bilda sig en uppfattning om den enskilda patientens tandvårdssituation. Annars kan arbetet med att utvärdera den vård som bedrivits försvåras. Med detta påstående som grund kan det vara svårt att implementera SKaPa på exempelvis kliniker som enbart arbetar med akuttandvård.

Vad som också redogjordes i resultatdelen är att informanterna från pilotprojektet ansåg att det var generellt lättare för större kliniker att använda statistisk data från SKaPa, med anledning att ett större patientunderlag ger säkrare statistik. Den privat anslutna kliniken ansåg till och med att det inte ligger ett egenvärde hos en mindre klinik att ansluta sig då den mindre kliniken har kontroll över sina patienter ändå. Han tyckte däremot att en anslutning kan göras i syfte att bidra till nationell statistik.



Karolinska Institutet

Informanterna från pilotstudien ansåg att SKaPa fortfarande är relativt okänt inom tandvården. Därför tyckte de att SKaPa behöver synliggöra sig. Informanten från SKaPas organisation ansåg däremot att SKaPa marknadsför sig på flera håll, dels genom årsrapporter, dels på Riksstämman och även på andra möten och att anslutningen till registret samtidigt ökar. Registercentrum Syd i samarbete med Eyenet Sweden, också registercentrum, har skrivit en handbok för utveckling av kvalitetsregister, där de redogör för hur organisationen kring ett kvalitetsregister ska marknadsföra sig (43). Författaren uppfattar att marknadsföringen av SKaPa sker enligt den beskrivning som redogörs i handboken "Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården" från SBU. Ändå upplevde informanterna från pilotstudien att SKaPa måste synliggöra sig mer. Författaren ställer sig frågan om det är inställning till förändringsarbete, det vill säga attityder, som är en av de orsaker till varför det tar så lång tid för ett kvalitetsregister att etableras och få genomslag. Paralleller kan dras till Dr Semmelweiss arbete för en förbättrad hygien, där det tog lång tid för professionen att acceptera hans upptäckter (44), liksom att anslutningsgraden och därmed genomslagskraften för exempelvis NDR respektive NCR också var låg till en början (45), (25).

Att kunna hämta ut uppgifter på kliniknivå, är något som efterfrågades av de flesta informanter. Detta är möjligt både i Nationella Kataraktregistret (46) och Nationella Diabetesregistret (25). Med bakgrund av informanternas upplevelser av pilotprojektet, kan man sluta sig till att det är viktigt att klinikern verkligen förstår nyttan av att rapportera in data till SKaPa. Det blir tydligare om kliniken kan se sin egen roll och bidrag till statistiken (25), det vill säga att statistiken baseras på kliniknivå. Därutöver är det viktigt att den enskilde behandlaren förstår den statistik som återskapas, annars finns en risk att utdatan blir opålitlig. Utan det engagemanget och den förståelsen finns liten eller ingen drivkraft att använda SKaPa och SKaPas fortsatta utveckling kan ifrågasättas.

Konklusion

SKaPa har framför allt en stor fördel jämfört med liknande kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården i och med direktrapporteringen. Dock har registret inte nått sin fulla potential ännu. Författaren anser inte att den Odontologiska Institutionen vid Karolinska



Karolinska Institutet

Institutet i dagsläget ska ansluta sig till SKaPa. KI bör dock beakta att kvalitetsarbete ingår som del av kraven för att ta en tandläkarexamen enligt Högskoleförordningen (1993:100) samt att SKaPa förhoppningsvis utvecklas till ett mer kraftfullt verktyg. Institutionen för Odontologi bör därför successivt närma sig en anslutning till SKaPa.

Tillkännagivanden

Tack till alla klinikchefer som tagit sig tid och delat med sig av sina upplevelser av SKaPa. Tack till informanten på SKaPas organisation för information och kunskap om SKaPa. Tack till en av de klinikansvariga på den Odontologiska Institutionen vid Karolinska Institutet för att delge mig dennes uppfattning av SKaPas eventuella roll på studentkliniken. Tack till informanterna som inte deltagit i SKaPas pilotprojekt, men ändå kunde ge sina upplevelser av SKaPa. Tack till Inger Wårdh för värdefull återkoppling till studien.

Slutligen, stort Tack till min handledare Hans Sandberg för bra handledning och support under arbetets gång och för vägledning i att ge studien en mer vetenskaplig förankring.



**Karolinska
Institutet**

Referensförteckning

1. Svensk Kvalitetsregister för Karies och Parodontit. Om SKaPa/ syfte [Internet] Karlstad: svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit; [citerad 3 April 2014]. Hämtad från: <http://www.skapareg.se/om-skapa-2/syfte>
2. Rosén M, et al. Guldgruvan i hälso- och sjukvården- Översyn av de nationella kvalitetsregistren- Förslag till gemensam satsning 2011-2015. [Internet] Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges Regering (2006-2014); 2010. [Citerad 10 Mar 2014] Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/90/77/3637a603.pdf>
3. Sveriges Kommuner och Landsting. Om nationella kvalitetsregister. [Internet] Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2014 [Citerad 2 Apr 2014] Hämtad från: <http://kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister.4.115cfd7a141efb9d7f012d.html>
4. Patientdatalag (SFS 2008:355) [Internet] Stockholm: Socialdepartementet [Citerad 4 Maj 2013] Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
5. Registercentrum Västra götaland. Organisation omkring nationella kvalitetsregister. [Internet] Göteborg: Registercentrum Västra Götaland [Citerad 2014 Apr 3] Hämtad från: <https://www.registercentrum.se/content/organisation-omkring-nationella-kvalitetsregister>
6. Sveriges Kommuner och Landsting. Om nationella kvalitetsregister. [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2013 [uppdaterad 28 Aug 2014; citerad 3 Apr 2014] Hämtad från: <http://kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister.4.115cfd7a141efb9d7f012d.html>



Karolinska Institutet

7. Sveriges Kommuner och Landsting. Registercentrum [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2013 [uppdaterad 28 Apr 2014; citerad 3 Apr 2014] Hämtad från: <http://kvalitetsregister.se/registerarbete/registercentrum.4.7b127e9b142b85fdb6c156.html>
8. Tandvårdslag (SFS 1985:125) [Internet] Stockholm: Socialdepartementet [Citerad 4 Maj 2013] Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Tandvardslag-1985125_sfs-1985-125/
9. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) [Internet] Stockholm: Socialdepartementet [Citerad 4 Maj 2013] Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
10. Socialstyrelsen. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. [Citerad 4 Maj 2013] Hämtad från: http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf
11. McLaughlin, Curtis P. Kaluzny AD. Continuous Quality Improvement in Health Care, Theory, Implementation, and Applications. Gaithersburg. Maryland: Aspen Publishers Inc; 1994.
12. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård. Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer- Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. [Citerad Feb 20 2014] Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>
13. Malmquist J. kvalitetsindikator [Internet]. Nationalencyklopedin. [Citerad 1 Mar 2015]. Hämtad från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kvalitetsindikator>



Karolinska Institutet

14. Socialstyrelsen. Övergripande nationella indikatorer för God tandvård. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. [Citerad Feb 20 2014] Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18166/2010-11-7.pdf>
15. Stiernstedt G. Molin R. Kärvinge C, Barrbrink L. Mot en effektivare kunskapsstyrning- Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2009. [Citerad Feb16 2014] Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17796/2009-10-124.pdf>
16. Tardy AE, Levif Marie MP. Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare Policy/ Polit Santé*. 2012;7(4):e101–19.
17. Sveriges Kommuner och Landsting. Framgångsfaktorer i diabetesvården- En jämförande studie av diabetesvård i primärvård. [Internet] Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2013. [Citerad Feb19 2014] Hämtad från: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-983-6.pdf>
18. Vårdanalys. Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad -beskrivning, beräkning och bedömning [Internet]. Stockholm: Vårdanalys; 2014 Hämtad från: [http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter/pdf-filer/2014/PM-2014-3-Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad_web.pdf](http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter/pdf-filer/2014/PM-2014-3-Nationella_kvalitetsregisters_tackningsgrad_web.pdf)
19. Lindahl B. Introduktion- Dagsläget för kvalitetsregisterforskningen i Sverige. [Internet] Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2014. [Citerad Jan 21 2014] Hämtad från: <http://www.kvalitetsregister.se/download/18.2625f9e6145ac763d079d1eb/1400744919778/BÄTTRE+KVALITETSREGISTERFORSKNING++2014.pdf>
20. Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet- Jämförelser mellan landsting 2012. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL);



Karolinska Institutet

2012. [Citerad Mar 15 2014] Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18842/2012-11-1.pdf>
21. Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet- Jämförelser mellan landsting 2006. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2006. [Citerad jan 8 2014] Hämtad från:
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/85482-45-5.pdf>
 22. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008- Beslutsstöd för prioriteringar. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. [Citerad nov 24 2014] Hämtad från:
<http://epi.vgregion.se/upload/Läkemedel/hjärta%20kär/Nationella%20riktlinjer%20för%20hjärtsjukvård%202008.pdf>
 23. Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet Jämförelser mellan landsting 2011. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2011. [Citerad jan 8 2014] Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18454/2011-11-1.pdf>
 24. Zetterström C et al. Svensk Kataraktkirurgi- Årsrapport 2012 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. [Internet] Karlskrona: Nationella Kataraktregistret; 2012. [Citerad apr 20 2014] Hämtad från: <http://kataraktreg.se/wp-content/uploads/2012/12/ÅrsrappNCR20121.pdf>
 25. Guðbjörnsdóttir S et al. Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2013 års resultat. [Internet] Göteborg: Nationella Diabetesregistret- Registercentrum Västra Götaland; 2013. [Citerad okt 23 2014] Hämtad från:
http://www.ndr.nu/pdf/Årsrapport_NDR_2013.pdf
 26. Socialstyrelsen. Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. [Citerad mar 1 2015] Hämtad från:



Karolinska Institutet

<http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/svensktkvalitetsregisterforkar>

27. Bültzingslöwen Von I. Årsrapport 2013- Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit. [Internet] Karlstad: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit; 2013. [Citerad dec 12 2014] Hämtad från:
http://www.skapareg.se/images/SKaPa_arsrapport_2013.pdf
28. Karlsson M. NQRDI snart i full drift. [Internet] Stockholm: Tandläkartidningen; 2013. [Citerad jan 10 2015] Hämtad från:
<http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/artikelsier/nqr-di-snart-i-full-drift/>
29. Högskoleförordning (SFS 1993:100) Stockholm: Utbildningsdepartementet
30. Bültzingslöwen Von I. Årsrapport 2012- Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit. [Internet] Karlstad: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit; 2012. [Citerad Maj 11 2013] Hämtad från:
<http://www.skapareg.se/images/publikationer/skapa%20arsrapport%202012.pdf>
31. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction. Collecting and Interpreting Qualitative Materials. Sage Publications; 1998. p. 1–25.
32. Malterud K. Qualitative research : standards , challenges , and guidelines. The Lancet. 2001;358:483–8.
33. Kvale S, Brinkmann S. Att redovisa intervjukunskap. Den kvalitativa forskningsintervjun. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 296–302.
34. Malterud K. Urval. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 80–1. 77-79



**Karolinska
Institutet**

35. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Inte bara räkna, utan också förstå. SBU-Vetenskap & Praxis. 2010;2: 1-3.
36. Kirkegaard T I et al. Vårdutveckling inom tandvården med hjälp av registerdata. [Internet] Karlstad: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2013. [Citerad Mar 23 2014] Hämtad från: http://plus.rjl.se/info_files/infosida42216/SKaPa_Slutrapport_Modell_systematis_kt_forbatteringsarbete_ver_1.pdf
37. Lundman B, Graneheim M. Kvalitativ innehållsanalys. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2013. p. 187–201.
38. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
39. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008. p. 112, 160.
40. Opdenakker R. Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research. 2006; 7(4) Art 11.
41. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24:105–12.
42. Cutcliffe JR, McKenna HP. Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. J Adv Nurs. 1999;30:374–80.



**Karolinska
Institutet**

43. Registercentrum Syd-Karlskrona- Eynet Sweden. Handbok för utveckling av kvalitetsregister. [Internet] Karlskrona: Registercentrum Syd-Karlskrona- Eynet Sweden; 2014. [Citerad jan 10 2015] Hämtad från: http://www.registercentrum.se/sites/default/files/dokument/handbok_for_utveckling_av_kvalitetsregister.pdf
44. M Best DN. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. Qual Saf Health Care. 2004;13:233–4.
45. Guðbjörnsdóttir S, Cederholm J, Adamson U. Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2006. [Internet] Göteborg: Nationella Diabetesregistret- Registercentrum Västra Götaland; 2006. [Citerad okt 23 2014] Hämtad från: https://www.ndr.nu/pdf/Arssrapport_NDR_2006.pdf
46. Zetterström C et al. Svensk Kataraktkirurgi- Årsrapport 2013 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. [Internet] Karlskrona: Nationella Kataraktregistret; 2013. [Citerad dec 27 2014] Hämtad från: <http://kataraktreg.se/wp-content/uploads/2014/10/ÅrsRapp2013NCR.pdf>

Bilaga 1

INTERVJUGUIDE KLINIKCHEFER

Bakgrundsfakta:

Namn

Datum för intervju

Titel

Roll och ansvarsområde

Introduktion

- Jag berättar om syftet med dagens intervju

Det generella syftet med den här intervjun är att få en ökad förståelse för hur SKaPa kan användas på kliniknivå, varför ni började använda SKaPa, samt fördelar och eventuella nackdelar med SKaPa. Med hjälp av bland annat den här intervjun, ska jag i mitt examensarbete undersöka om medverkan i SKaPa kan skapa ett mervärde för den kliniska delen av tandläkarutbildningen på Karolinska Institutet. Jag vill också undersöka hur en eventuell implementering av SKaPa på vår vuxenklirik kan gå till.

Intervjufrågor

GENERELLA FRÅGOR KRING SKAPA:

Hur länge har ni använt SKaPa?

Varför började ni använda SKaPa?

Tror ni att SKaPa lämpar sig att användas av alla kliniker, oavsett storlek och patientklientel?

Anser ni att SKaPa givit ett mervärde i det kliniska arbetet på er klinik? Om ja, hur?

Skulle ni rekommendera andra kliniker att börja använda SKaPa?

Tror ni att SKaPa skulle innebära ett mervärde för en studentklinik på en tandläkarhögskola?

PATIENTFOKUSERAD TANDVÅRD

Observerar ni någon skillnad i hur ni inkluderar patienten i deras behandling efter ni börjat registrera i SKaPa?

Använder ni er av PROM?

Anser ni att användning av PROM kommer att bidra till en mer patientfokuserad tandvård?



**Karolinska
Institutet**

KUNSKAPSBASERAD OCH ÄNDAMÅLSENIG TANDVÅRD

Använder ni SKaPa för att exempelvis följa upp/utvärdera kariesbehandlingen och därmed sänka prevalensen av karies?

Hur går arbetet till?

Använder ni SKaPa för att följa upp/utvärdera parodontalbehandlingen och därmed sänka prevalensen av parodontit.

Hur går arbetet till?

Tar din klinik del av SKaPas årsrapporter?

Hur använder ni resultat från SKaPas årsrapport i ert kvalitetsarbete?

Hur/när återkopplas resultaten från SKaPa?

Vem presenterar dessa resultat?

Hur jämför ni med tidigare resultat?

Hur ofta för ni diskussioner kring resultaten från SKaPa på möten och i den dagliga verksamheten?

Skulle ni vilja tillföra något i återrapporteringen till SKaPa?

Har användandet av SKaPa lett er till någon förändring av era behandlingsstrategier

Upplever ni att SKaPa har hjälpt er få en generell uppfattning hur bra/ mindre bra ni är på er klinik inom vissa specifika områden?

EFFEKTIV TANDVÅRD

Skulle ni vilja ändra på något i hur rapporteringen till SKaPa går till?

Anser ni att registrering i SKaPa tar mycket administrativ tid i anspråk

SÄKER VÅRD

Har registreringen i SKaPa resulterat i noggrannare undersökningar och vårddokumentation?



**Karolinska
Institutet**

TANDVÅRD I RIMLIG TID

Har kvalitetsarbetet med SKaPa effektiviserat behandlingarna som utförs på er klinik och har detta i sin tur genererat fler tillgängliga tider att boka patienter på och/ eller fler akuttider?

AVSLUTNING

Tacka för intervjun och fråga om jag eventuellt kan återkomma med följdfrågor.



Karolinska Institutet

60



Karolinska Institutet

Handledarintyg

Som handledare för detta projekt tillstyrker jag att studentens eller studenterna ska examineras eftersom dennes/deras prestation och insats i projektet och att den vetenskapliga rapporten är av tillräcklig omfattning och kvalitet för examination.

150302

Datum

Namn Handledare

Leg Sändl Med Dr

Titel Handledare